

様式第237号の4（第419条、第427条の6関係）

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届

記入例

区分に○を付けてください。

区分

新規・変更

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ ヨシカワ タロウ		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
吉川 太郎		個 人 番 号	
		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
		生 年 月 日	
		○○年 ○○月 ○○日	
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒○○○-○○○
○○地域包括支援センター		○○県○○市○○○丁目▽▽番地○○ 電話番号 ○○○(○○○)○○○	
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号		サービス開始（変更）年月日	
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		○○年 ○○月 ○○日	
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合			
※変更する場合のみ記入してください。		サービス利用を開始した日付 を記入してください。	
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	〒
		電話番号	
居宅介護支援事業所番号		サービス開始（変更）年月日	
		年 月 日	
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
記入日 年 月 日 介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。 ○○年 ○○月 ○○日 被保険者 住 所 吉川市○○○丁目▽▽番地○○ △△マンション○○○号 氏 名 吉川 太郎 電話番号 ○○○(○○○)○○○			
確認欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届 ☐ 介護予防支援事業者		

本人が署名してください。

家族が代筆の場合は、代筆者の氏名と続柄も記入してください。

介護予防サービス計画の作成
介護予防サービス計画の作成が必要な場合は、介護認定・要介護認定内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提出することに同意します。

○○年○○月○○日 氏名 吉川 太郎 吉川 一郎（長男代筆）

- （注意）
- この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに吉川市へ提出してください。
 - 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（介護予防ケアマネジメントについては地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず吉川市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
 - 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。